VOZP
VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

VoZP ČR - kód 201

Přehled o platbě pojistného zaměstnavatele

Přehled o platbě pojistného na zdravotní pojištění zaměstnavatele
(§ 25 odst. 3 zák. č. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Typ přehledu

řádný ☐ opravný ☐

Razítko a podpis pracovníka VoZP ČR

Formulář bude zpracován elektronicky. Vyplňujte jej, prosím, čitelně hůlkovým písmem podle předepsaného vzoru písma, nejlépe černou propisovací tužkou. Zaškrtávací pole označte křížkem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A Á B C Č D Ď E Ě F G H I Í J K L M Ň O Ó P Q Ř S Š T Ť U Ú Ů V W X Y Ý Z

1. Identifikace zaměstnavatele

Název zaměstnavatele

ADRESA SÍDLA (organizační jednotky): Ulice | **Číslo popisné** / **Číslo orientační** | **Identifikační číslo plátce pojistného (IČ)**

PSČ | **Obec** | **Telefon**

2. Údaje o platbě

Hlášení za období: **měsíc** / **rok**

Úhrn vyměřovacích základů zaměstnanců pojištěných u VoZP ČR **Kč**

Počet zaměstnanců pojištěných u VoZP ČR

Výše pojistného - součet pojistného zaměstnanců pojištěných u VoZP ČR **Kč**

3. Datum vyplnění a podpis zaměstnavatele

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto PŘEHLEDU jsou pravdivé a že ohlásím VoZP ČR všechny změny údajů, a to do 8 dnů ode dne, kdy jsem se o změněné skutečnosti dozvěděl.

VoZP 76.01/2010

Vyplněno dne . .

Razítko a podpis odpovědného pracovníka

Vysvětlivky k vyplňování položek jsou uvedeny v Poučení na druhé straně tohoto formuláře. Pro vyplnění formuláře na PC lze použít elektronický PDF formulář vystavený na internetových stránkách www.vozp.cz.